TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr René BENARD



ADDENDUM

1913-1923

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, rue Casimir-Delavigne, 2


1923



TITRES CIVILS ET UNIVERSITAIRES

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS (1902)

INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS (1906)

DOCTEUR EN MÉDECINE (1910)

ADMISSIBLE AU CONCOURS D'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE (1913)

MÉDECIN DES HÔPITAUX (1922)

LAURÉAT DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE
(Médaille de bronze. Externat 1905)
(Médaille de bronze. Internat 1910)

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
(Prix de thèses. Médaille de bronze. 1911)

LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(Prix Vernois. 1917)
(Médaille de bronze d'Hygiène. 1918)
(Médaille d'argent d'Hygiène. 1919)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Médaille d'Honneur des Épidémies (Médaille de bronze. 1908).
Médaille d'Honneur des Épidémies (Médaille d'Argent. 1917).
Officier d'Académie (1914)
Médaille d'Hygiène du Ministère de l'Intérieur (Médaille de bronze. 1918).
Médaille d'Hygiène du Ministère de l'Intérieur (Médaille d'argent. 1919).
Lettre officielle de félicitation de l'Armée Américaine (1918).
Croix de Guerre avec Étoile de Vermeil (1915).
Chevalier de la Légion d'Honneur (1920).

ENSEIGNEMENT

Conférences théoriques et cliniques à l'Amphithéâtre des cours à la Clinique Médicale de l'Hôpital Cochin (Professeur Fernand Widal).

TITRES MILITAIRES

Mobilisé le 2 Août 1914, à l'Ambulance 1/4. (Virton, la Meuse, l'Argonne, la Marne, l'Aisne, le Plateau de Santerre, les attaques de Champagne (Février 1915, Camp de Châlons).

Médecin-Adjoint du Laboratoire de Bactériologie de l'Hôpital du Camp de Châlons (Mourmelon le-Grand).

Médecin-Chef-Adjoint du Laboratoire des Épidémies de la 4e Région (Décembre 1915 Juillet 1916).

Médecin-Chef du Laboratoire des Épidémies de Nevers, 8e Région. (Juillet 1916-Août 1917).

Médecin-Chef du Laboratoire des Épidémies de Besançon, 7e Région. (Août Novembre 1917).

Médecin-Chef du Laboratoire des Épidémies de Nevers, 8e Région. (Novembre 1917-Février 1919).

Médecin-Chef du Laboratoire de Bactériologie de la Zone-Sud du G. M. P. (Hôpital Dominique-Larrey, Versailles. (Février 1919-Mai 1923).

Médecin-Chef de l'Hôpital des Contagieux de Nevers. (1916-1918).

Médecin-Suppléant de l'Adjoint Technique d'Hygiène pour le département de la Nièvre.

Médecin-Suppléant du 3e Secteur Médical, 8e Région.

Médecin Traitant à la 3e Division de Fiévreux (Contagieux). Hôpital Dominique-Larrey, Versailles, (Juillet 1920-Mai 1923).

PROMOTIONS ET CITATION

Médecin Aide-Major de 2e classe (27 Mars 1912).
Médecin Aide-Major de 1re classe (27 Mars 1916).
Médecin-Major de 2e classe (14 Juillet 1918).
Citation à l'Ordre du Jour du IVe Corps d'Armée (25 Avril 1915).

FONCTIONS ADMINISTRATIVES
(exercées à titre provisoire pendant la Guerre)

Médecin-Chef du Bureau Municipal d'Hygiène de la Ville de Nevers.
Médecin Cantonal des Épidémies pour le Canton de Nevers.
Membre du Conseil Départemental d'Hygiène de la Nièvre.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES (1)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1913

37) **Etude clinique et thérapeutique des pouls lents.** *Bulletin de Thérapeutique,* t. CLXV, 30 octobre et 3 novembre 1913, pp. 593-605 et 641-642.

1914

38) **Etude clinique et thérapeutique des chorées.** *Bulletin de Thérapeutique,* t. CLXVII, 23 et 31 mars, 8 avril 1914, pp. 281-291, 313-322 et 341-351.

39) **Crises hémoclasiques déterminées par des injections intraveineuses de solutions cristalloïdes.** (En collaboration avec MM. Widal, Abrami, Brissaud et Joltrain). *Société médicale des Hôpitaux,* 13 février 1914.

40) **Les modifications de l'indice réfractométrique des sérums au cours des crises hémoclasiques.** (Mêmes Collaborateurs). (*Société de Biologie,* 4 juillet 1914).

1915

41) **Etudes sur la fièvre typhoïde et les paratyphoïdes dans le IVe Corps d'Armée.** (*Réunion Médicale de la IVe Armée,* Châlons-sur-Marne, juin 1915).

42) **Ictères infectieux et ictères simulés picriques.** (Même Société, 16 juillet 1915).

1916

43) **Comment a été jugulée l'épidémie de diphtérie de Nevers.** (*Réunion Médico-chirurgicale de la VIIIe Région,* Bourges, octobre 1916).

44) **Note sur les résultats fournis par 200 réactions de Wassermann.** (*Même Société,* décembre 1916).

1917

45) **A propos d'un cas de polydactylie héréditaire.** (Même Société, janvier 1917).

---

(1) Cet exposé fait suite à celui qui a été publié sous ce titre (Steinheil, Paris, 1913).

46) **Sur l'épidémie de diphtérie de Nevers.** *Rapport* déposé à l'Académie de Médecine, en vue de l'attribution du Prix Vernois, et couronné par l'Académie).

47) **Contribution à l'étude de la physiologie de l'œsophage. Etude radioscopique du trajet du bol alimentaire dans la position la tête en bas chez un acrobate.** (*Réunion Méd. Chir. de la VIII[e] Région*, mars 1917.)

48) **Un cas fruste de spirochætose ictéro-hémorragique.** (Même Société, avril 1917).

49) **Considération sur un cas d'hématomyélie chez un hémophile.** (Même Société, mai 1917).

50) **Les porteurs de bacilles diphtériques. Leur traitement par les insufflations du sérum antimicrobien en poudre.** (*Presse Médicale*, 17 mai 1917).

51) **Sur quelques procédés de Wassermann simplifiés.** (*Réunion Méd. Chir. de la VIII[e] Région*, Bourges, juin 1917).

52) **Neuf cas de polydactylie, au cours des cinq générations. La polydactylie dans ses rapports avec les lois de Mendel.** (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1916-1917, n° 2, 15 pages).

1918

53) **Sur la présence de l'alexine dans le sang circulant.** (*Société de Biologie*, 9 mars 1918).

54) **La constance du complément dans le sang circulant.** (*Société de Biologie*, 23 mars 1918.

55) **La réaction de Wassermann en milieu oxalaté.** (*Société de Biologie*, 6 avril 1918).

56) **Un nouveau procédé de simplification de réaction de Wassermann.** (*Société de Biologie*, 20 avril 1918).

57) **Les épidémies de Nevers en 1916 et 1918. (Diphtérie, fièvre typhoïde et méningite cérébro-spinale).** (*Mémoire* déposé à l'Académie de Médecine en vue de l'attribution de la Médaille d'Hygiène. Couronné d'une Médaille de Bronze, décernée par le Ministère de l'Intérieur).

58) **Un cas d'hémophilie sporadique chez un infantile. Action favorable de l'opothérapie orchitique.** (*Réunion Méd. Chir. de la VIII[e] Région*, Bourges, septembre 1918).

59) **Mémoire sur divers procédés personnels de simplification de réaction de Wassermann.** (*Mémoire* déposé à l'Académie de Médecine en vue de l'attribution du Prix Sabatier).

Divers rapports fournis à la demande des autorités militaires ou civiles parmi lesquels

60) **Rapport sur la faible valeur alimentaire des haricots rouges dits « Mulhatinos du Brésil », et la nature des parasites qui y sont contenus.**

61) **Rapport sur l'Epidémie de fièvre typhoïde de Nevers, sa localisation dans certains quartiers de la ville, sa relation avec l'état des eaux d'alimentation de la ville.**

62) **Rapport sur une grave épidémie de Grippe broncho-pulmonaire qui a sévi dans un camp de condamnés de Travaux Publics, et sur l'hygiène des ateliers de T. P. situés le long du canal du Nivernais.**

1919

63) **La réaction de Wassermann en sérum frais. Sa valeur pour le diagnostic et la conduite du traitement de la syphilis.** (En collaboration avec Marcel Pinard. *Société Médicale des Hôpitaux*, 6 juin 1919).

64) **Un cas d'hémophilie chez un myxoedémateux. Action favorable de l'opothérapie thyroïdienne.** (*Société Médicale des Hôpitaux*, 11 juillet 1919).

65) **Considérations épidémiologiques et thérapeutiques sur l'épidémie de grippe à Nevers en 1918.** (En collaboration avec M. le Professeur Agrégé M. Perrin, de Nancy). (*Mémoire* déposé à l'Académie de Médecine en vue de l'attribution de la Médaille d'Hygiène. Couronné d'une Médaille d'Argent décernée par le Ministère de l'Intérieur).

66) **La réaction de Wassermann a-t-elle encore quelque valeur ?** L'*Hôpital*, novembre 1919).

1920

67) **Un cas d'encéphalite aiguë myoclonique, puis léthargique, à type névralgique.** (En collaboration avec M. Et. Boissart. *Société Médicale des Hôpitaux*, 20 février 1920).

68) **Les formes légères et les formes frustes de l'encéphalite léthargique. La dissociation cyto-albuminique.** (*Société Médicale des Hôpitaux*, 20 février 1920).

69) **Le polymorphisme symptomatique de l'encéphalite léthargique.** *Journal Médical Français*, mars 1920.

70) **Les formes camouflées et les formes monosymptomatiques de l'encéphalite léthargique.** (L'*Hôpital*, mai 1920).

71) **Le liquide céphalo-rachidien dans l'encéphalite léthargique.** (*Paris Médical*, juin 1920).

72) **Influence des agents anesthésiques sur le foie.** (*Journal Médical Français*, septembre 1920, p. 392).

73) **L'hémoglobinurie paroxystique.** (*Journal Médical Français*, novembre 1920, p. 465-473).

1921

74) **Crise hémoclasique hydatique développée à la suite d'une ponction évacuatrice d'un kyste du foie.** (En collaboration avec MM. Bergé, Gutman et Roberti). *Société Médicale des Hôpitaux*, 4 février 1921, p. 184).

75) **Les modifications humorales au cours du pithiatisme grave ; narcolepsie pithiatique et encéphalite léthargique.** (En collaboration avec A. Rouquier), *Paris Médical*, 12 mars 1921, p. 217).

76) **Réaction du benjoin colloïdal et réaction de Bordet-Wassermann dans la syphilis nerveuse.** (*Société de Biologie*, 2 juillet 1921, p. 120).

77) **Orchites ourliennes et atrophie testiculaire.** (*XVe Congrès Français de Médecine*, Strasbourg, 3-5 octobre 1921. Comptes-Rendus, p. 278).

78) **Les complications nerveuses de la rubéole.** (*Société Médicale des Hôpitaux*, 4 novembre 1921).

79) **La réaction du benjoin colloïdal dans les méningites des maladies infectieuses : rubéole et oreillons.** (22 oct. 1921).

1922

80) **Encéphalite léthargique avec polyurie extrême : polyurie hypophysaire et polyurie nerveuse.** (*Société Médicale des Hôpitaux*, 31 mars 1922.)

81) **Crises hémoclasiques provoquées par les applications thérapeutiques de rayons X et de radium.** (En collaboration avec E. Joltrain. *Société de Biologie*, 7 avril 1922).

82) **Sclérodermie et hypophyse.** (En collaboration avec E. Coulaud). *Société Médicale des Hôpitaux*, 17 novembre 1922.

1923

83) **Les troubles de coagulation dans le traitement protéinothérapique des syndromes hémorragiques.** (*Société Médicale des Hôpitaux*, 23 février 1923).

84) **Examen anatomique d'une moëlle dans un cas de myélite ascendante aiguë au cours de la Rubéole.** (En collaboration avec J. Tinel. *Soicété de Neurologie*, 22 mars 1923).

85) **Gigantisme et haute taille ; un cas fruste d'acromégalo-gigantisme.** (*Société Médicale des Hôpitaux*, 13 avril 1923).

86) **Le réflexe oculo-cardiaque dans les oreillons.** (*Société Médicale des Hôpitaux*, 27 avril 1923).

87) **Rhumatisme chronique héréditaire.** (En préparation).

88) **Un cas de zona otitique.** (En préparation).

89) **Crise pneumonique et crise jacksonienne.** (En préparation).

MALADIES INFECTIEUSES ET CONTAGIEUSES

FIÈVRE TYPHOIDE

Etudes sur la fièvre typhoïde et les paratyphoïdes dans le IVe Corps d'armée (41)

Dans les mois de mai, juin, juillet 1915, une grosse épidémie d'affections d'allure typhoïde éclatait dans les tranchées de Champagne. Bien qu'installé dans des locaux rudimentaires et de fortune, nous pûmes néanmoins pratiquer dans ces cas des hémocultures que nous allions ensuite examiner au Laboratoire de l'Hôpital Militaire du Camp de Châlons. Les résultats de nos recherches, à la demande du Directeur du Service de Santé de mon Corps d'Armées, furent par nous communiquées à la Société Médicale de la IVe Armée. Nos conclusions étaient des plus nettes ; nous n'avions observé que des paratyphoïdes. Cela nous amenait à faire une étude clinique des Para A et B, à montrer comment l'épidémie de Para B qui avait débuté avait ensuite cédé la place à l'épidémie de Para A ; nous montrions quelle remarquable efficacité avait eu la vaccination (alors dirigée uniquement contre la fièvre typhoïde) puisque pas un cas de typhoïde légitime n'avait été observé, et j'indiquais que cette constatation faisait augurer de ce que serait et de ce qu'a été la vaccination triple.

L'épidémie de fièvre typhoïde de Nevers (57,61)

Trois ans après, à Nevers, une épidémie de fièvre typhoïde ayant éclaté dans la population civile, nous pûmes arriver à déterminer son origine hydrique, et montrer, parmi les trois prove-

nances d'eau de la ville, celle qui était contaminée. Bientôt à la suite des mesures que nous avions fait prendre (fermeture d'un lavoir situé près de la source, curage d'un étang, comblement d'un puits, l'épidémie s'arrêta. Ces mesures ont été exposées dans un Mémoire auquel l'Académie attribua une Médaille de Bronze d'Hygiène.

DIPHTÉRIE

L'épidémie de diphtérie de Nevers (43, 46, 57)

En 1916, nous fûmes désigné par M. le Ministre de la Guerre pour occuper le poste de Médecin-Chef du Laboratoire de la ville de Nevers, avec mission de faire disparaître une épidémie scolaire de diphtérie des plus sérieuses et des plus tenaces.

Grâce à l'appui des autorités civiles, Préfecture et Municipalité, nous pûmes employer de véritables mesures coercitives. Plus de 4.500 prélèvements furent effectués. L'épidémie enrayée à l'approche des vacances semblait vouloir reprendre vers le milieu d'octobre. Dès le début de novembre cette épidémie était définitivement enrayée. Au nombre des procédés d'isolement employés, nous obtînmes, non sans difficultés d'ailleurs, la constitution d'une « Ecole de porteurs de germes », où se trouvait réalisée l'éviction des porteurs hors des écoles, sans pour cela condamner ceux-ci à la prosmiscuité de la rue. Les résultats obtenus furent consignés dans un Mémoire que l'Académie de Médecine récompensa par l'attribution du Prix Vernois.

Les porteurs de bacilles diphtériques. Traitement par les insufflations de sérum anti-microbien (50)

Sous ce titre nous comparons les excellents résultats obtenus par cette méthode avec les résultats souvent décevants que donnent les autres procédés. En confrontant le temps pendant lequel les sujets sains ou convalescents restent porteurs de germes suivant que l'on emploie ou non ce procédé des insufflations, on voit

de quel merveilleux instrument thérapeutique l'Institut Pasteur nous a dotés.

SPIROCHÆTOSE ICTÉRO-HÉMORRAGIQUE (48)

Le cas que nous avons observé et rapporté de cette affection, a trait à un homme qui travaillait aux abattoirs, et qui fit un ictère infectieux reproduisant le tableau de la spirochætose de façon typique. Trois points ressortent de cette observation : la profession du malade, le fait qu'il fut le seul atteint de toute la ville, et, malgré la présence des réactions de fixation ou de neutralisation qui permettent à M. A. Pettit d'identifier la maladie, l'absence, plusieurs fois constatée et l'inoculation au cobaye.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE (57)

Nous avons réuni plus de 30 observations de cette affection, traitée avec succès dans 97 o/o des cas. On trouvera des résultats exposés avec détails plus loin (Voir page 26).

GRIPPE (62, 65)

L'épidémie de grippe fut particulièrement grave en octobre 1918. Elle avait débuté quelque temps auparavant. Dès le début d'août, une épidémie sérieuse avec plusieurs cas de mort en deux à trois jours sévit dans les ateliers de condamnés de Travaux Publics du canal du Nivernais. Un rapport détaillé sur les conditions déplorables d'hygiène qui régnaient dans ces ateliers aboutit (62) à faire modifier cet état de choses et l'épidémie décrut, puis cessa complètement.

A la fin de l'épidémie de grippe d'octobre-décembre 1918, nous rédigeâmes avec M. le Professeur agrégé Perrin (de Nancy), un travail relatif à l'épidémiologie et aux méthodes thérapeutiques employées. C'est ce mémoire (65) que l'Académie voulut bien proposer en 1919 à l'attention du Ministre de l'Intérieur, lequel lui attribua une médaille d'argent.

OREILLONS

Orchites ourliennes et atrophie testiculaire (77)

Nous basant sur des observations personnelles, lesquelles portent sur plus de 400 cas d'oreillons et en outre sur les statistiques de divers auteurs, ainsi que sur les chiffres de la statistique médicale de l'Armée pendant 21 années, représentant un ensemble de près de 200.000 cas, nous entreprenons la revision des notions classiques relatives à la fréquence des orchites, des atrophies testiculaires et de l'impuissance, consécutives à cette affection. Au lieu du chiffre de 33 orchites simples pour 100 oreillons, fixé par Laveran, nous montrons que cette proportion n'est, en réalité, pas supérieure à 16-18 o/o; la proportion des orchites doubles est ramenée par nous de 20 doubles pour 100 simples, (chiffre classique), à celui de 8-10 o/o. Au chiffre classique de 66 o/o d'atrophies, nous substituons celui de 50 o/o. Encore s'agit-il dans tous ces cas d'atrophie unilatérale, presque toujours incomplète, souvent minime, et même dans un certain nombre de cas, transitoire et susceptible de retour à la normale.

Quant à l'atrophie bilatérale, suivie d'impuissance et de féminisme, celle à laquelle on pense toujours en présence des oreillons de l'adulte, les recherches bibliographiques les plus minuticuses nous en ont fait trouver, pour environ 180.000 cas d'oreillons, 5 certaines, 5 possibles et 2 suivies de féminisme, (voir page 32), ce qui ferait une proportion moyenne de 0,005 o/o soit 1 cas pour 20.000 oreillons. Bien entendu, chez les malades que nous avons observés nous avons toujours constaté la persistance de l'aptitude génitale, et, dans les cas où elle a été recherchée, même après orchite double, il n'a jamais constaté l'azoospermie.

Comme conclusion à cette étude, nous nous demandons quelle valeur il faut attribuer à la méthode récemment proposée de thérapeutique préventive des orchites ourliennes par la sérothérapie antidiphtérique. Nous constatons d'abord que d'après ses protago-

nistes eux-mêmes, la méthode ne fait pas disparaître complètement les orchites ; en outre, que les chiffres publiés ne prouvent pas grand chose, car la loi des séries joue en cette matière un rôle considérable. Nous mentionnons des séries mensuelles importantes d'oreillons, dans nos observations personnelles, sans une seule orchite, suivies deux mois après d'une autre série donnant le chiffre considérable de 70 o/o d'orchites, alors qu'une même thérapeutique banale avait été employée dans les deux cas. Aussi repousserons-nous une méthode, qui, d'une part n'a pas encore fait la preuve manifeste de son efficacité, et qui, en outre, l'eût-elle fait, crée des risques, non négligeables, d'anaphylaxie, en vue d'éviter l'apparition d'une hypothétique atrophie double avec impuissance, dont chacun parle, mais que presque personne n'a jamais rencontrée.

Méningite ourlienne (79)

La réaction du benjoin colloïdal a été négative dans tous les cas de méningite ourlienne où nous l'avons recherchée (voir page 27).

Réflexe oculo-cardiaque dans les oreillons (86)

Il pourrait sembler que cette épreuve dut être très fortement positive au cours d'une affection qui, par elle-même, ralentit les battements du cœur. Il n'en est rien, et de tous les militaires examinés, les ourliens sont ceux chez qui le R.O.C. est le moins net (Voir page 29).

RUBÉOLE

Les complications nerveuses de la rubéole (78, 79, 84)

De la rubéole on pourrait répéter l'adage *Vix Morbi Nomen* Il y a pourtant, bien que les traités n'en fassent pas mention, des complications de la rubéole. Ces complications portent surtout

sur le système nerveux. Les plus fréquentes sont les méningites. Elles peuvent revêtir des types multiples. Elles surviennent toujours à la période décrite par M. Nobécourt sous le nom de *Syndrome secondaire bénin* de la rubéole. Nous les avons décrites ailleurs (Voir page 28). Mais on peut observer d'autres complications nerveuses. Revilliod et Louis ont mentionné une polynévrite de type bien spécial. Nous-même avons observé un cas de zona avec réaction méningée et une méningo-myélite ascendante aiguë à type de Landry, qui évolua de façon foudroyante puisqu'elle aboutit à la mort en moins de 36 heures.

Etude anatomique d'un cas de myélite ascendante aiguë au cours de la rubéole (84)

On trouvera plus loin (Voir page 25) les détails d'histologie pathologique très spéciaux rencontrés dans ce cas.

Réaction du benjoin colloïdal dans les méningites rubéoliques (79)

Dans tous ces cas, sauf le dernier, la réaction du benjoin colloïdal était négative (Voir page 27).

SYSTÈME NERVEUX

ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE

Un cas d'encéphalite aiguë myoclonique, puis léthargique, à type névralgique (67)

Le premier cas d'encéphalite léthargique que nous observons remonte au début de décembre 1920. Coup sur coup plusieurs cas en apparaissent dans la garnison de Versailles.

L'observation que nous relatons ici est à notre connaissance une des premières dans lesquelles on ait relevé avec une netteté absolue la succession des trois syndromes, myoclonique, algique, et léthargique.

Dans cette observation un hoquet persistant, durant 48 heures, avait précédé l'apparition de l'affection. Puis après 15 jours d'accalmie, une maladie bizarre éclatait caractérisée par de la fièvre, des algies cervico-brachiales effroyables, de l'insomnie et des troubles délirants.

Au bout de 8 jours un nouveau syndrome s'installait constitué par une paralysie faciale, des secousses abdomino-diaphragmatiques incessantes, et de l'hypersécrétion sudorale. Huit jours après enfin apparaissait le syndrome léthargique, lequel aboutissait en 15 jours à la mort dans l'hyperthermie. Cette observation permettait, à elle seule, d'affirmer l'identité de nature qui relie les manifestations les plus diverses, en apparence de l'encéphalite épidémique, manifestations dont on avait dès cette époque, à titre isolé, de nombreux exemples ; elle contribuait à établir des notions qui sont maintenant classiques.

Les formes légères et les formes frustes de l'encéphalite léthargique. La dissociation cyto albuminique (68)

Rapportant deux nouveaux cas militaires observés à Versailles, nous montrons que la formule uniformément acceptée alors, laquelle admettait l'intégrité du liquide céphalo-rachidien était loin d'être la règle, et que par suite la constatation d'une cytose rachidienne ne devait pas forcément faire pencher le diagnostic du côté de la méningite tuberculeuse.

Par contre, et le fait n'avait pas été signalé encore au moment où nous le constations, il nous apparaissait que concurremment à la cytose, l'albuminose — à l'inverse de ce qu'on rencontre dans la méningite tuberculeuse — était normale ou diminuée. Il y avait là un processus inverse de la dissociation albumino-cytologique décrite par M. Sicard dans le mal de Pott ; nous proposions de lui donner le nom de dissociation cyto-albuminique. Depuis cette époque, ce signe a été fréquemment observé et il devenu classique.

Dans une seconde partie de notre communication nous décrivions à Versailles une épidémie de formes frustes, les unes purement algiques, les autres purement myocloniques, sous forme de hoquet. D'emblée nous adoptions l'opinion que venait de proposer M. Dufour, relative à l'identité de nature entre le hoquet épidémique et l'encéphalite léthargique. Cette opinion nous fut assez longtemps reprochée. A l'heure actuelle, cette notion est devenue classique, et il n'est plus personne qui conteste l'identité qui existe entre les deux affections.

Le polymorphisme de l'encéphalite léthargique (69)

Ces diverses observations nous mettaient à même de décrire le polymorphisme de l'affection. Nous proposions alors le schéma suivant des formes cliniques de l'affection :

Formes psychiques { par excitation : Formes hallucinatoire, délirante, insomnique, logorrhéique
par inhibition : Forme léthargique.

Formes motrices
- par excitation : Formes convulsives, myocloniques et tremblement
- par inhibition : Formes paralytiques (diplopie, strabisme, paralysie faciale).

Formes sensitives : par excitation : Formes névralgique, névritique.

Chacune de ces formes peut d'ailleurs se présenter soit de façon complète, soit de façon fruste ; le hoquet simple, les névralgies pures et simples, les types ambulatoires représentent ces formes frustes dans chacun des modes.

Cette division a été généralement, avec quelques variantes, adoptée depuis par les auteurs.

Les formes camouflées et les formes mono-symptomatiques dans l'encéphalite léthargique (70)

Cette étude, de caractère essentiellement pratique, est moins une revue générale que l'exposé des faits particuliers qui ressortaient d'une quarantaine de cas d'encéphalite léthargique que nous avions alors observés. Adoptant comme base la classification que nous venons d'exposer, nous insistions particulièrement sur un chapitre jusque là assez peu étudié de la question : les troubles mentaux dans l'encéphalite léthargique, et les formes à prédominance psychique de la maladie. C'est ainsi que nous décrivions avec quelque détail le délire onirique, le délire professionnel, le délire hallucinatoire avec fréquence de la zoopsie, la logorrhée, l'hyperidéation lucide non délirante.

Le liquide céphalo-rachidien dans l'encéphalite léthargique (71)

Il s'agit ici d'une revue générale sur cette question qui nous fut demandée, en raison des travaux personnels que nous avons mentionnés. Nous étudions successivement, après l'historique de la question, l'hypertension, la leucocytose, l'hyper - et l'hypo — albuminose, la dissociation cyto-albuminique, l'hyperglycorachie. Nous

montrons que là se bornent les renseignements utiles que peut nous fournir l'étude du liquide céphalo-rachidien. En effet l'urée n'a été trouvée que dans les cas d'azotémie, la réaction de Wassermann positive seulement dans les cas de syphilis. La réaction d'Ascoli,qu'on a proposée, n'a pas de valeur. Des indications bibliographiques au nombre de 55 complètent cette étude.

Encéphalite léthargique avec polyurie extrême (80)

Bien que le maximum des lésions, celles-ci, d'ailleurs assez diffuses, de l'encéphalite léthargique, s'observe en une région assez voisine du plancher du 3e ventricule, les cas de polyurie au cours de l'encéphalite léthargique sont très rares.

Il n'existait que trois cas, d'ailleurs fort succinctement rapportés, de cette complication ; les chiffres en étaient assez peu élevés, 10 litres, 5-7 litres, 2-3 litres. Le cas que nous en rapportons a trait à un militaire chez qui la polyurie débuta au 5e jour de son affection et dura pendant 104 jours. Les autres signes particuliers à signaler chez lui furent l'existence de crises sudorales extrêmement intenses, des phénomènes algiques violents au niveau du diaphragme, et du hoquet. Il n'y eut jamais de glycosurie, et l'urée urinaire dosée pendant 104 jours se montra d'un débit toujours égal à lui-même.

L'évolution de cette polyurie prête à des considérations intéressantes relativement au mécanisme de l'action opothérapique dans les polyuries de type hypophysaire, et relativement aux rapports qui relient les troubles pithiatiques aux lésions organiques. Ces considérations se trouvent développées ailleurs (Voir pages 34 et 22).

Encéphalite léthargique et narcolepsie pithiatique (75)

Le militaire qui fait l'objet de cette étude débuta dans la maladie au plein d'une épidémie d'encéphalite léthargique. A deux reprises, à trois semaines d'intervalle, il présenta des crises de som-

meil profond durant 48 heures, d'où il sortit ensuite brusquement et complètement. La question du diagnostic ne se fut même pas posée, si dans le liquide céphalo-rachidien on n'eût constaté la présence d'une hyperglycorachie manifeste. Un collègue consulté à ce sujet, inclinait en même faveur de l'encéphalite épidémique, malgré l'allure clinique, en se basant sur l'existence de ce signe. L'évolution ultérieure nous montra que ce malade n'avait jamais présenté que de la narcolepsie pithiatique. Quant à l'interprétation à fournir des modifications du liquide céphalo-rachidien, nous y avons insisté ailleurs (Voir page 23).

ÉPILEPSIE JACKSONIENNE

Crise pneumonique et crise jacksonienne (89)

L'existence de crises jacksoniennes au cours de la pneumonie est absolument exceptionnelle. Nous n'en connaissons que deux cas dans la littérature. Le cas que nous rapportons a trait à un homme de 32 ans qui lors de sa crise pneumonique fit dans la même journée, et pour la première fois de sa vie quatre crises d'épilepsie partielle. Nous pensons qu'il faut interpréter ce phénomène comme résultant d'un phénomène de choc (Voir page 51).

CHORÉE

Etude clinique et thérapeutique des chorées (38)

Cette revue générale qui comprend 32 pages met au point la question des chorées telle qu'on la concevait en 1914. Nous insistons plus particulièrement sur les faits de connaissance plus récente : mentionnons l'étude faite avec quelques détails des troubles mentaux dans la chorée et celle des signes organiques traduisant soit l'irritation pyramidale, soit l'irritation cérébelleuse.

Après une revue assez rapide des chorées chroniques nous établissons pour le diagnostic de la chorée, les divisions suivantes :

A) On méconnaît les caractères du mouvement choréique ;

B) On méconnaît l'existence du mouvement choréique ;

C) On méconnaît la signification du mouvement choréique.

Cette revue se termine par un chapitre thérapeutique assez développé dans lequel sont envisagés successivement les traitements des formes légères, moyennes et graves de la chorée de Sydenham.

PITHIATISME

Polyurie hypophysaire et polyurie pithiatique (80)

A l'heure actuelle, la définition de l'hystérie donnée par Babinski n'est plus contestée par personne. C'est un « état psychique rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'auto-suggestionner ». Ce n'est pas modifier la conception de Babinski que d'admettre, dans certains cas, à la base du processus, l'existence d'une épine irritative organique, autour de laquelle se cristallisera l'auto-suggestion. Le fait est bien connu en ce qui concerne l'hystéro-traumatisme. Bien qu'admis comme possible à la suite des maladies infectieuses, il est quelquefois plus difficile à prouver. Le cas que nous relatons apporte, pensons-nous, quelque lumière dans ce problème encore assez obscur, en même temps qu'il éclaire la question de la polyurie dite nerveuse ou essentielle.

Il s'agit du malade dont il a été question ailleurs (voir pages 20 et 34) et qui fit à la suite d'une encéphalite léthargique un syndrome polyurique atteignant 20 litres. Pendant six semaines, l'opothérapie hypophysaire avait eu une action remarquable, tandis que toutes les tentatives de persuasion restaient sans effet. Pendant une seconde période de sa maladie, la polyurie persistait, mais à 12 litres seulement, et l'opothérapie restait sans action. Nous cherchions un procédé de psychothérapie énergique ; ce fut le malade qui nous

le suggéra. Notre sujet était un militaire, qui n'était plus qu'à trois semaines de sa libération. Nous lui fîmes savoir que nous le conserverions à l'hôpital tant qu'il ne serait pas arrivé au taux quotidien de 1500 cc d'urine, comme tout le monde ; d'autre part, pour éviter toute supercherie, nous continuâmes à doser quotidiennement, comme nous le faisions depuis 75 jours déjà, la concentration uréique urinaire afin d'établir le débit uréique quotidien. Progressivement, litre par litre, l'urine diminua, tandis que l'urée augmentant, le débit demeurant constant et oscillant entre 18 et 22 grammes ; au jour de la libération les 1500 cc. étaient obtenus. Le malade nous a écrit, depuis son retour dans ses foyers, que la polyurie n'a pas réapparu.

Nous admettons — et M. le Professeur Widal, qui a bien voulu rapporter cette observation et la commenter longuement au cours d'une de ses leçons à la Clinique de l'Hôpital Cochin, adopte cette manière de voir — que le virus encéphalitique a déterminé une lésion superficielle et transitoire, mais organique, ce qui explique les résultats obtenus par l'opothérapie et l'inefficacité de la psychothérapie. Puis la lésion organique s'étant réparée, le malade, d'un psychisme d'ailleurs assez fruste, a substitué à la lésion guérie, un syndrome par auto-suggestion, assez différent du premier dans ses modalités cliniques, ne réagissant plus à l'opothérapie, et duquel seule une psychothérapie énergique — la plus énergique des psychothérapies, la perspective de la classe pour un militaire libérable — finissait par avoir raison.

Les modifications humorales au cours du pithiatisme grave (75)

La définition du pithiatisme donnée par Babinski comporte évidemment pour cette affection l'absence d'anatomie pathologique. Aussi Dutil et Laubry écrivent-ils que le sang comme le liquide céphalo-rachidien des hystériques sont parfaitement normaux.

D'une telle conception découlerait par voie de conséquence directe que si, en face d'une affection sur la nature hystérique de-

laquelle on hésite, on constate des modifications chimiques dans le sang ou le liquide céphalo-rachidien, on peut admettre qu'il ne s'agit pas là d'hystérie. Nous estimons qu'une telle manière de voir risque d'amener à des conclusions erronées ; notre opinion est basée sur l'observation suivante.

Notre malade est un militaire qui offre de nombreux stigmates physiques de dégénérescence, et des signes de débilité mentale constitutionnelle. Son hérédité est lourdement chargée. Impressionnés par les récits que font les journaux politiques des cas, nombreux alors, d'encéphalite épidémique, il présente à deux reprises des crises de somnolence à type de narcolepsie hystérique. L'évolution observée successivement à l'hôpital militaire de Versailles, puis au service de neuro-psychiâtrie du Val de Grâce ne saurait laisser de doute à ce sujet (Voir détails page 20). Cependant à diverses reprises, on constate de l'hyperalbuminose et de l'hyperglycorachie du liquide céphalo-rachidien, et au lendemain d'une crise une azotémie à 1 gr. Nous estimons que ces altérations ne doivent pas faire rejeter l'idée de la névrose.

L'épilepsie, qui a été longtemps considérée comme une névrose s'accompagne, on le sait bien aujourd'hui, de phénomènes humoraux qui se traduisent par la leucopénie et l'azotémie ; et un tel fait ne surprend pas, maintenant qu'on considère l'épilepsie comme toujours provoquée par une lésion organique.

Ravaut et Laignel-Lavastine ont signalé de l'hyperalbuminose au cours de troubles psychiques graves ; Rouquier dans des cas de pithiatisme pur a relevé l'hyperalbuminose et l'hyperglycorachie. Il s'y ajoute dans nos cas des modifications du taux de l'urée sanguine et de la constante d'Ambard.

Sans prétendre à constituer une anatomie pathologique du pithiatisme, de tels faits peuvent s'expliquer soit par l'existence d'une épine irritative persistante (comme dans l'observation qui fait l'objet du précédent paragraphe) assez légère pour être indécelable par nos autres moyens actuels d'investigation — et ces faits seraient à rapprocher de l'épilepsie telle qu'on l'envisageait il y a

seulement encore quelques années — soit comme résultante des troubles provoqués au niveau du névraxe et dans l'ensemble du métabolisme, par des convulsions violentes.

Que l'une ou l'autre de ces explications soit la meilleure — et nous n'avons pas à l'heure actuelle d'éléments qui nous permettent d'incliner plutôt dans un sens que dans l'autre — un fait demeure et qui est celui-ci : l'existence de phénomènes humoraux au cours d'une affection convulsivante n'amène pas *ipso facto* à lui refuser l'étiquette de pithiatisme.

AFFECTIONS DE LA MOËLLE

Un cas d'hématomyélie chez un hémophile (49)

Les cas d'hématomyélie observés au cours de l'hémophilie sont absolument exceptionnels. C'est à ce titre que nous rapportions ce cas observé chez un prisonnier de guerre autrichien qui présentait par ailleurs tous les signes hématologiques de l'hémophilie et une réaction de Bordet-Wassermann négative. L'intérêt neurologique du cas résidait non seulement dans sa rareté, mais aussi dans le type très spécial que revêtait la lésion. Il s'agissait d'une paralysie du membre supérieur se rapprochant par la plupart de ses caractères d'une paralysie du type radiculaire inférieur. L'affection guérit (Voir page 42).

Examen anatomique d'une moëlle dans un cas de myélite ascendante au cours de la rubéole (84)

L'histoire du malade est des plus simples. Au 6e jour d'une rubéole des plus bénignes, apparait un syndrome méningé violent (Voir page 16) qui moins de deux jours après se complique de phénomènes myélitiques. Ceux-ci débutent aux membres inférieurs, envahissent ensuite le tronc, les membres supérieurs, le bulbe. L'évolution mortelle n'a pas duré 36 heures.

L'examen histologique permet de constater sur toute la hauteur de la moëlle et particulièrement dans la région dorsale, une multitude de foyers disséminés de myélite, strictement périvasculaires. Ces foyers se caractérisèrent par l'existence autour des vaisseaux de la substance blanche, d'une infiltration inflammatoire diffuse et d'une auréole de démyélinisation massive. Par contre ces cellules nerveuses sont dans un état de remarquable intégrité.

Cette myélite à foyers disséminés, périvasculaires, prédominant dans la substance blanche, réalise un type très spécial de myélite ascendante aiguë. Ce type doit être opposé au type inverse, poliomyélitique, que l'on rencontre le plus souvent dans les syndromes de Landry.

MÉNINGITES

Méningite cérébro-spinale (57)

Lorsque je rédigeai mon mémoire sur ce sujet pour l'Académie en 1918, je n'avais encore eu à traiter que treize cas de méningite cérébro-spinale ; depuis cette date, tant à Nevers qu'à Versailles, dans les services de contagieux militaires que j'ai assurés, je suis parvenu à 34 cas. Fidèle à la technique que je recommandais alors, j'ai toujours poursuivi les injections intra-rachidiennes de sérum, malgré la chute de température presque immédiate, pendant cinq, six jours et même parfois davantage. De cette façon j'ai obtenu le pourcentage suivant : un malade dirigé sur mon service alors qu'il traînait depuis trois semaines dans une autre formation, mort malgré une survie de quinze jours ; les trente-trois autres malades ont guéri.

Méningite syphilitique

Réaction du benjoin colloïdal et réaction de Bordet-Wassermann dans la syphilis nerveuse (76)

La réaction du benjoin colloïdal apportée par MM. Guillain, Laroche et Léchelle, nous a dotés d'un nouveau procédé permettant

de doubler de façon intéressante les résultats fournis par la réaction de Bordet-Wassermann. Il peut parfois y avoir désaccord ; le benjoin se montre alors négatif dans certains cas de syphilis méningée bien étudiés par les auteurs de la méthode. Parfois aussi, — ces cas sont plus rares, mais ils sont hautement intéressants, — la discordance se fait en sens inverse.

Sur la foi d'un benjoin positif — alors que le B-W pratiqué dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien à cinq reprises avait été négatif, malgré une lymphocitose typique — nous avons entrepris un traitement spécifique chez un homme ayant présenté des signes d'hémorragie centrale aussi légers que transitoires, et niant toute syphilis. Le traitement faisait à la fois disparaître les accidents, disparaître la réaction du benjoin et apparaître la réaction de B-W dans le sang du sujet ainsi réactivé. La réaction du benjoin dans des cas analogues est une méthode appelée à rendre des services appréciables.

Méningites infectieuses

Réaction du benjoin colloïdal dans les méningites des maladies infectieuses : rubéole et oreillons (79)

Ce qui fait la haute valeur de la réaction du benjoin colloïdal c'est que, positive dans un certain nombre de cas de méningites syphilitiques, elle est négative dans les méningites non syphilitiques, et notamment dans les méningites tuberculeuses. Il était intéressant de rechercher ce qu'elle donnerait dans les réactions méningées et les méningites des maladies contagieuses. Nous avons eu l'occasion de l'étudier dans les oreillons et dans la rubéole.

Dans douze cas d'oreillons ayant présenté des réactions d'intensité clinique variable, légère, moyenne ou intense, la réaction a toujours été négative.

Dans treize cas de rubéole, qui présentèrent des réactions sur l'allure clinique desquelles nous reviendrons ailleurs, la réaction fut négative 12 fois. Dans un seul cas, elle fut positive Il s'agissait d'un malade qui fit un syndrome de méningo-myélite ascen-

dante, à type Landry, qui fut mortelle en trois jours, et dont nous avons parlé. Ce malade était un hérédosyphilitique. (Voir page 25).

Ces cas s'ajoutent à ceux des auteurs de la méthode pour montrer la valeur diagnostique indiscutable de la réaction du benjoin colloïdal.

Méningite de la rubéole (78)

Nous n'isolons ici dans l'ensemble des complications nerveuses de la rubéole que ce qui a trait aux réactions méningées et aux méningites au cours de cette affection. Ce sont là d'ailleurs les plus importantes des réactions nerveuses que l'on y observe. Notre étude portait sur 291 cas de rubéole ; nous avons observé 13 cas de méningite, ce qui donne un pourcentage de 4,5 o/o. Malgré cette fréquence relative, nous n'avons nulle part dans la littérature trouvé trace de la description de cette affection. Quelle qu'en soit la forme, cette complication débute du 6e au 8e jour de la maladie, c'est-à dire à une période qui correspond exactement à celle qu'a décrite M. Nobécourt sous le nom de *Syndrome secondaire bénin de la rubéole.*

La forme la plus simple est la *forme fugace*, ou méningite d'un jour. Céphalée, Kernig, hyperthermie ; la ponction lombaire montre une réaction assez intense. Le lendemain les phénomènes s'atténuent, le surlendemain ils ont disparu.

La *forme légère* présente le même tableau, mais elle dure trois jours.

La *forme rémittente* : celle-ci s'étend sur une semaine environ, et présente deux périodes de 3 jours chacune, séparées par une journée d'accalmie.

La *forme à rechute*, observée à deux reprises, est caractérisée par une seconde poussée au 25e jour de la maladie.

La *forme intermittente* par son allure, sa réaction à polynucléaire, les caractères de sa température à allure pseudo-palustre,

les phénomènes arthropathiques, l'apparition d'un érythème noueux rappelle absolument certaines formes de méningite cérébro-spinale. L'absence de tout méningocoque constatée à de multiples reprises, l'existence d'une rubéole certaine, la guérison sans séquelles, permettent d'écarter l'hypothèse d'une confusion possible avec la méningite cérébro-spinale.

La *forme méningo-myélitique* et la *forme zonateuse* n'entrent pas dans le cadre de cette étude. On les trouvera ailleurs (Voir page 16 et 25). La méningite n'apparaît qu'à titre de symptômes de début dans le premier cas, et à titre d'épisode intercurrent dans le second.

Nous pensons que la notion de ces réactions méningées doit faire quelque peu modifier le pronostic de bénignité absolue que l'on attribue ordinairement à la rubéole.

REFLEXE OCULO-CARDIAQUE

Réflexe oculo-cardiaque dans les oreillons (86)

A priori il pourrait sembler que le R. O. C. si marqué dans les maladies infectieuses en général, doit être particulièrement net au cours des oreillons, dont on sait l'action sur le pneumo-gastrique. Il n'en est rien, et le ralentissement obtenu par la compression oculaire est souvent nul ou tout au plus à peine marqué. Lorsque ce ralentissement est un peu plus intense, il n'atteint jamais des chiffres très bas ; encore est-il nécessaire pour l'observer dans ces cas, de prolonger la compression énergique pendant très longtemps, souvent durant plus d'une minute. Le retour à la normale, par contre, se fait très rapidement. Il semble que l'hypertonie permanente du vague déterminée par l'infection ourlienne s'oppose à toute action excitatrice surajoutée. Il y aurait là une sorte d'état réfractaire d'un nerf déjà mis en état d'exaltation permanente.

ZONA

Un cas de zona otitique (88)

L'observation que nous rapportons représente un type complet de syndrome du ganglion géniculé. On y retrouve le triple éléments qui constitue ce syndrome : *a*) éruption zostérienne dans la zone de Ramsay-Hunt et sur la langue, associée à un zona facial ; *b*) une paralysie faciale ; *c*) des troubles auditifs.

Cet ensemble bien connu depuis les travaux de Ramsay-Hunt, Souques, Claude et Schaeffer,etc... présente ici quelques particularités, notamment le long espace de temps qui sépare le zona de la paralysie faciale (16 jours) et la netteté, la prédominance même des troubles de l'ouïe accompagnés d'otorrhée.

GLANDES A SÉCRÉTION INTERNE

CORPS THYROÏDE

Hémophilie sporadique chez un myxœdémateux Action favorable de l'opothérapie thyroïdienne (64)

Nous rapportons l'histoire d'un nain myxœdémateux, non infantile, sujet à des épistaxis répétées. La mise en œuvre du traitement thyroïdien amène la suppression des hémorragies. Quant à la coagulation étudiée *in vitro*, elle donne des résultats assez paradoxaux. Par la méthode d'Etienne Brissaud (plasma salé) elle est nettement améliorée, par la méthode de Marcel Bloch (chlorure de calcium et sang citraté), elle se montre améliorée relativement à son seuil, mais par contre, considérablement retardée quant à la coagulation complète. Il y a là une ébauche de dissociation des phénomènes biologiques et cliniques de la coagulation, dont nous avons rapporté ailleurs une observation démonstrative (Voir page 51).

L'existence des hémorragies dans le myxœdème n'est pas très fréquemment signalée. Nous mentionnons les cas que nous en avons pu retrouver. La présence dans notre note de 27 indications bibliographiques la rend susceptible d'être utilisée à titre de revue générale.

Sclérodermie et corps thyroïde (82)

A propos d'un cas de sclérodactylie où la médication thyroïdienne s'était montrée inefficace, nous passons en revue les diverses observations publiées à ce sujet; elles peuvent se classer sous les

rubriques suivantes : cas de coïcidence entre la sclérodermie et une affection thyroïdienne (goître simple, maladie de Basedow, myxœdème), action thérapeutique de l'opothérapie thyroïdienne laquelle peut être, suivant les cas, efficace, nulle ou nocive. Ce travail est complété par 58 indications bibliographiques ayant trait à ce point spécial des rapports entre la sclérodermie et les syndromes thyroïdiens.

TESTICULE

Hémophilie sporadique chez un infantile
Action favorable de l'opothérapie orchitique (58)

Il s'agissait d'un infantile de 22 ans représentant le type de l'échassier avec arriération mentale. Il était sujet à de fréquentes épistaxis. Trois semaines de traitement opothérapique amenèrent la disparition totale de ces accidents. La coagulation, étudiée seulement par la méthode de Hayem, s'améliora parallèlement.

Infantilisme réversif et féminisme
consécutifs à l'orchite ourlienne (77)

Nous avons résumé plus haut nos études relatives aux rapports qui existent entre les oreillons et l'atrophie testiculaire (Voir page 14) ; nous avions surtout en vue la perte de la fonction de sécrétion externe, sécrétion spermatique. Nos recherches nous ont amené à nous demander, d'autre part, quelle était la fréquence de l'insuffisance diastématique, et, puisque les oreillons testiculaires ne surviennent qu'après la puberté, quelle était en somme la fréquence des cas d'infantilisme réversif ou de féminisme consécutifs à l'orchite ourlienne. De nombreuses recherches portant sur plus de 200.000 cas d'oreillons nous en ont fourni en tout deux cas ; l'un remonte à 50 ans ; il est dû à Lereboullet père qui observa chez un malade des signes de féminisme : encore ces signes avaient-ils

disparu quand Laveran revit le malade quatre ans après. Le second, le malade de Laignel-Lavastine et Courbon « évoluait vers le féminisme », mais cette évolution même, disent les auteurs, était assez fruste. En somme l'insuffisance de la sécrétion interne du testicule après l'orchite ourlienne nous paraît encore plus mythique, s'il est possible, que la perte de la fonction spermatique elle-même.

HYPOPHYSE

Sclérodermie et hypophyse (82)

La notion de coexistence entre la sclérodermie et les affections des glandes endocrines n'est pas de date récente. Il y a près d'un demi-siècle que cette coïncidence a été mentionnée. Depuis cette époque les observations se sont multipliées, et c'est surtout avec les syndromes thyroïdiens que la sclérodermie s'est trouvée le plus souvent en rapport (Voir page 31).

Les relations de la sclérodermie avec les lésions hypophysaires, sont beaucoup plus rares. Quelques faits cependant de syndromes hypophysaires divers (acromégalie, diabète insipide, tumeur au voisinage du 3e ventricule, syndrome adiposo-génital) avaient amené divers auteurs à préconiser la médication hypophysaire dans le traitement de la sclérodermie. Les résultats n'avaient d'ailleurs été qu'assez rarement encourageants.

La malade qui fait l'objet de notre observation ne présentait pas de signes de troubles hypophysaires. Les signes de déficience endocrinienne se bornaient à de la mélanodermie et à un signe d'Hertoghe des plus nets. La médication thyroïdienne avait été utilisée chez elle pendant plusieurs mois sans résultat. Ce fut la raison pour laquelle nous décidâmes de la soumettre à la médication hypophysaire. Le résultat fut surprenant. En 12 jours la sclérodactylie qui immobilisait ses mains au point de lui interdire tout mouvement avait disparu de façon si complète que la malade pouvait reprendre son métier de couturière. Comme contre-partie,

le traitement avait déterminé chez elle une hypertension à 24-13 qui persista jusqu'à la fin de sa vie.

En l'absence de tout signe de dysfonctionnement hypophysaire chez cette malade, nous n'osons affirmer l'existence d'une sclérodermie pituitaire qui s'opposerait à la sclérodermie thyroïdienne ; nous pensons plutôt que, même dans les cas rebelles à l'opothérapie thyroïdienne, l'insuffisance thyroïdienne peut encore être incriminée. Mais tandis que dans certains cas, on obtient de véritables succès thérapeutiques en s'attaquant d'emblée au maillon thyroïdien de la chaîne endocrinienne, dans d'autres c'est seulement par la voie indirecte d'une hyperactivité hypophysaire déclenchée thérapeutiquement, laquelle actionnera à son tour secondairement la sécrétion thyroïdienne déficiente, qu'on pourra triompher de l'affection.

Un répertoire bibliographique contenant 81 références, complète cet article, et lui permet d'être utilisé à titre de revue générale.

Polyurie hypophysaire et polyurie pithiatique (80)

Le malade qui fait l'objet de cette étude avait débuté par une encéphalite léthargique (Voir page 20). L'intérêt du cas vient de la longue période pendant laquelle le sujet a été observé. Durant 104 jours le taux quotidien de son émission urinaire a été noté, ainsi que son débit uréique. La polyurie a été chez lui extrêmement marquée, puisqu'elle est arrivée par progression quotidienne d'un litre environ à atteindre le chiffre énorme de 20 litres par jour. Il s'agissait d'une polyurie insipide.

Pendant une première période de six semaines une double médication est instituée. D'abord une médication psychothérapique. On fait au malade soit des piqûres de cacodylate de soude, soit des piqûres à blanc en lui expliquant que ces injections vont lui faire baisser sa polyurie ; ce traitement reste absolument sans résultat. Au bout de 3 semaines, et sans en prévenir le malade, on substitue aux piqûres précédentes des injections de lobe postérieur d'hypophyse. La diurèse tombe instantanément de 17 à 11 litres, et se maintient autour de 13 litres, les jours suivants, lorsqu'on en continue la médication. Par contre dès qu'on la cesse la diurèse re-

monte à 17 litres. Pendant 10 jours on fait une piqûre quotidienne la série étant ainsi composée : 3 hypophyses, 1 cacodylate, 1 simulée, 1 cacodylate, 2 simulées, 2 hypophyses. On obtient les résultats suivants : les 3 premiers jours chute à 12 litres, les jours suivants, réascension progressive jusqu'à 20 litres. Au dernier jour, pour une seule injection d'hypophyse, chute de 19 litres à moins de 6 litres. Huit jours de suspension de traitement, et la diurèse remonte progressivement, mais sans dépasser cette fois 12 litres ; alors nous entrons dans la seconde phase de l'observation où la polyurie est à la fois modérée et l'action de l'hypophyse beaucoup moins nette ; la baisse déterminée par une injection d'hypophyse n'est plus que de 2 litres et malgré la répétition des injections, le taux, après avoir baissé encore d'un litre, remonte bientôt à 11 litres. C'est à ce moment qu'intervient efficacement la médication psychothérapique sur laquelle nous avons insisté plus haut (Voir page 22).

Nous ne nous sommes pas contenté d'étudier le rythme quotidien de la polyurie ; nous avons également étudié son rythme horaire, (de quatre heures en quatre heures) en période de traitement opothérapique et en dehors de cette période. Nous avons constaté un rythme horaire en tous points comparable à celui qui a été déjà mentionné par de nombreux auteurs (Lereboullet, Bergé, etc.). Tandis qu'en dehors des périodes de traitement, les éliminations quadrihoraires de l'après-midi, de la soirée et de la matinée sont maxima, et que celles de la nuit sont moindres, on constate que, lorsque a été pratiquée une piqûre d'hypophyse, la première période qui suit l'injection ne correspond qu'à peu ou point d'urine ; dans la seconde période, l'urine n'est guère plus abondante ; par contre, dans la troisième elle l'est davantage, dans la quatrième au milieu de la nuit, davantage encore, et ainsi progressivement jusqu'à la fin du nycthémère comme si l'effet de la médication s'épuisait en 14 ou 16 heures.

Cette observation ne saurait prétendre aller à l'encontre des faits si précis de Camus et Roussy qui leur font admettre que dans la

polyurie dite hypophysaire, le tuber et le plancher du 3e ventricule sont tout et l'hypophyse rien. Tout de même, il nous paraît difficile de n'accorder aucune valeur aux résultats thérapeutiques obtenus par les divers auteurs signalés plus haut, résultats avec lesquels concordent les nôtres. Il nous semble que les deux données ne sont pas inconciliables, et voici comment, pour notre part nous serions disposé à envisager ces faits. La polyurie est déterminée sans doute par un trouble dans le fonctionnement du 3e ventricule. Mais l'hypophyse, lorsqu'elle est congestionnée ou enflammée, augmente de volume et c'est la compression qu'elle détermine sur cette région, qui déclenche le syndrome. Inversement la médication hypophysaire en déterminant une constriction de la glande, fera cesser la compression, et par suite supprimera le syndrome. Comme d'autre part enfin l'action opothérapique est fort transitoire, le syndrome réapparaîtra dès que l'effet de la médication cessera de se faire sentir, c'est-à-dire avant la fin des 24 heures. Une comparaison familière fera aisément comprendre notre conception. Dans un aopareil de sonnerie électrique, nul ne contestera que c'est le timbre qui produit le bruit. Il n'empêche que le bouton de la sonnette a aussi son importance, car le timbre ne sera actionné que dans la mesure où le bouton établira le contact.

Gigantisme et haute taille
Cas fruste d'acromégalo-gigantisme (85)

Lorsque M. Pierre Marie décrivit l'acromégalie, il avait observé des individus de taille généralement moyenne ou de taille même réduite, du fait des difformités. Brissaud constata que nombre de géants présentent les lésions de l'acromégalie, et il imagina qu'un seul et même trouble pouvait donner suivant l'âge où il se développait l'acromégalie, le gigantisme, ou un composé des deux affections, l'acromégalo-gigantisme. Pierre Marie combattit cette notion de l'identité ; il faisait état d'une statistique de Sternberg, qui n'avait montré sur 100 géants que 42 acromégales. Brissaud suggérait que dans les 58 o/o restants, il devait y avoir un grand

nombre d'acromégalies méconnues. M. Souques, allant plus loin, se pose la question de savoir s'il existe un gigantisme essentiel, non pathologique, et si tout individu notablement grand n'est pas, par quelque point, pathologique.

Nous étudions un malade qui nous paraît répondre à la question posée par Brissaud. Il s'agit d'un sujet de taille seulement élevée (1 m. 84) à nez assez grand, et qui ne présente ni déformations des pieds et des mains, ni cypho-scoliose ni macroglossie. Au premier abord, c'est simplement un sujet grand. Mais l'examen de sa face dénote un prognathisme d'apparition récente, et d'ailleurs progressif ; l'examen de son crâne montre l'existence d'un ressaut post-lambdoïdien ; la radiographie ajoute à ces notions celles d'un élargissement énorme des sinus, de l'irrégularité d'épaisseur de la voûte cranienne, de l'augmentation en tous sens de la selle turcique. On note en outre un état d'hypertension permanente, phénomène fréquent dans l'acromégalie.

Notre sujet, que beaucoup auraient tendance à considérer comme un normal un peu grand, un géant essentiel, est donc en réalité un pathologique, un acromégalo-géant fruste.

Un point est à noter. La plupart des ancêtres maternels de notre sujet sont grands, ses ancêtres paternels ont un grand nez. Nous admettons que ces deux stigmates révélaient un hyperpituitarisme en puissance, masqué sous le nom de « type familial » et dont la combinaison a produit un acromégalo-gigantisme lequel a d'ailleurs besoin d'être recherché. Cette manière de voir explique pourquoi on signale aussi fréquemment dans les familles des acromégalo-géants, l'existence de parents de haute taille.

MALADIES FAMILIALES

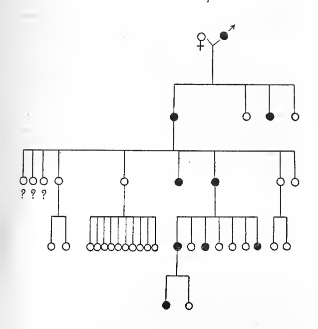
POLYDACTYLIE

Neuf cas de polydactylie héréditaire au cours de cinq générations (45-52)

L'observation que nous rapportons est remarquable tant par le grand nombre des individus atteints que par la diversité des malformations observées dans cette famille. L'étude des radiographies des sexdigitaires antérieurement publiées nous avait montré que les doigts supplémentaires peuvent se présenter de sept façons différentes. Sur les radiographies des pieds et des mains de deux de nos malades, nous avons retrouvé chacune de ces sept modalités.

Une généalogie complète de la famille dont nous reproduisons ci-contre le schéma nous a montré qu'à toutes les générations sur lesquelles nous avons pu avoir des renseignements détaillés, les lois de Mendel étaient respectées.

Nous mettons en lumière ce fait que l'aîné de chaque génération reproduit la malformation. Si cette loi n'a pas été à notre connaissance signalée, cela tient à ce que le plus souvent les généalogies ont été établies de façon peu précise, en se fondant sur les renseignements plus ou moins exacts fournis par le malade lui-même. Cette loi ne peut être vérifiée que si, comme nous l'avons fait, on constitue des généalogies basées sur l'examen des registres d'Etat-Civil.



Gigantisme et haute taille (86)

A propos d'un cas exposé plus haut dans le détail (Voir page 36) nous émettons l'idée que les détails morphologiques ne sont souvent que des déformations pathologiques en puissance, et que les modifications les plus insignifiantes, en apparence, de la morphogénèse, traduisent l'existence de troubles endocriniens. Lorsque deux tendances de même sens viennent à s'additionner, on peut voir apparaître des troubles pathologiques. C'est ce qui explique

la fréquence avec laquelle dans l'ascendance des géants acromégales, on trouve des sujets ayant simplement un grand nez ou une taille élevée.

Rhumatisme chronique héréditaire (87)

Il n'est pas exceptionnel d'observer deux cas de rhumatisme chronique dans une même famille. L'histoire que nous rapportons est celle d'une famille dont seize membres ont débuté dans le rhumatisme déformant entre 15 et 18 ans. De tels cas sont au contraire fort rares. Malgré les raisons que l'on avait de penser aux troubles endocriniens, l'opothérapie pluri-glandulaire est restée sans effet. Il ne nous a pas semblé que dans la répartition des cas, les lois de Mendel se soient trouvé respectées.

MALADIES DU CŒUR ET DU SANG

POULS LENT PERMANENT

Etude clinique et thérapeutique des pouls lents (37)

Dans cette revue générale de 22 pages, nous exposons l'état de la question des bradycardies à l'époque (1913). Nous adoptons dans notre exposé une classification clinique, suivant que l'affection s'accompagne ou non de phénomènes subjectifs. C'est dans ce cadre que nous établissons le diagnostic entre le syndrome d'Adams-Stokes, les bradysphigmies extrasystoliques, les bradycardies sinusales qu'elles soient physiologiques, toxiques ou infectieuses, les bradycardies par block sino-auriculaires, les bradycardies nodales et les bradycardies nerveuses d'origine cérébrale ou vagale.

SYNDROMES HÉMORRAGIPARES

Hémophilie sporadique chez un myxœdémateux (64)

Il y a peu d'observations de manifestation hémophilique au cours des syndromes d'insuffisance thyroïdienne. A ce titre et en raison des résultats heureux obtenus par l'opothérapie, nous en rapportons un cas dont on trouvera les détails page 31.

Hémophilie sporadique chez un infantile (58)

Un cas analogue au précédent survenu chez un infantile hérédo-syphilitique, céda remarquablement à l'opothérapie orchitique (voir page 32).

Hématomyélie chez un hémophile (49)

Il est exceptionnel que les hémorragies spontanées des hémophiles se fassent dans la moëlle. Outre l'intérêt de ce cas au point de vue de la topographie des lésions déterminées par cette hémorragie (voir page 25) il y a lieu de mentionner l'amélioration considérable de la coagulation et la disparition des hémorragies par l'auto-sérothérapie.

Les troubles de la coagulation dans le traitement protéinothérapique des syndromes hémorragiques (83)

Le cas précédent ne fut pas le seul à être traité par l'auto-sérothérapie. L'observation de plusieurs d'entre eux dans lesquels fut poursuivie systématiquement l'étude des modifications successives de la coagulation, nous montra que l'amélioration clinique n'est pas toujours corrélative d'une augmentation de la coagulabilité (Voir page 51).

MALADIES DU FOIE

ICTÈRES INFECTIEUX ET TOXIQUES

Ictère infectieux et ictères picriques (42)

Aux armées, en 1915, nous sommes à même d'observer en six semaines de temps 47 cas d'ictère, dont 23 en l'espace de 9 jours. La question se pose de savoir si l'épidémie de simulation d'ictère par ingestion d'acide picrique a étendu ses ravages jusque dans notre Corps d'Armée. Nous montrons que dans aucun de ces cas la présence de l'acide picrique ne peut être décelée, qu'il s'agit bien d'ictères infectieux. Au reste chaque année, même en temps de paix, le camp de Châlons, dans lequel précisément nous observons ces cas, présente des faits analogues. Nous relatons même un cas d'ictère infectieux à rechute, dans lequel nous isolons un paratyphique B, et qui est à rapprocher de l'observation rapportée dans la première partie de ce travail.

Ictère par spirochætose ictéro-hémorragique (48)

Quelques années plus tard, nous observons un nouveau cas d'ictère infectieux. Celui-ci est identifié à l'Institut Pasteur comme relevant du *Spirochætes ictero-hemorragiæ* (Voir page 13).

Influence des anesthésiques sur le foie (72)

Depuis nos études relatives à l'action du chloroforme sur la cellule hépatique, études qui sont exposées dans la première partie de ce travail (pages 27-30), de nouvelles données ont été apportées.

Les travaux de Brulé, Garban et Le Gal la Salle, ceux de Chevrier, ceux de Davis et Whipple, ont montré que l'éther pouvait être aussi nocif pour le foie que le chloroforme, et ont indiqué divers procédés pour mettre les opérés à l'abri des accidents. Ce sont ces notions que nous exposons dans la Causerie de Pratique médicale consacrée à ce sujet.

Kyste hydatique du foie traité par ponction (74)

Après avoir été longtemps du domaine médical, le traitement des kystes hydatiques du foie semble passé presque complètement dans le domaine chirurgical. C'est à tort, croyons-nous, et sous réserve de certaines indications formelles — kyste superficiel, à contenu non purulent — nous pensons que le traitement par la ponction est encore de mise. Encore faut-il spécifier que jamais on ne se contentera d'une simple ponction exploratrice, mais qu'on fera suivre celle-ci d'une ponction évacuatrice immédiate. Une étude détaillée des observations publiées par les auteurs montre qu'une telle pratique loin d'être nocive expose moins que l'opération à l'intoxication hydatique. L'observation d'une malade ainsi traitée et à qui nous évacuâmes sans incident notable et sans aucun accident 600^{cc} de liquide hydatique nous confirme dans cette opinion. Cette observation nous mit à même d'étudier la crise hémoclasique hydatique sur laquelle nous reviendrons plus loin. (Voir page 49).

RÉACTION DE BORDET-WASSERMANN

MÉCANISME

Présence de l'alexine dans le sang circulant (53)
Constance du complément dans le sang circulant (54)
Réaction de B.-W. en milieu oxalaté (55)

Dans cette série de trois notes à la Société de Biologie nous établissons d'abord que l'alexine qui existe dans le sang circulant s'y rencontre toute formée, et non à l'état de proalexine ou de zymogène inactif lequel ne deviendrait actif qu'une fois hors de l'organisme. Nous établissons ensuite que le complément est constant et à peu près fixe dans le sang circulant, mais que, une fois hors des vaisseaux, cette substance présente des variations extrêmes, certains sérums contenant encore du complément au bout de plusieurs jours, et d'autres se décomplémentant en moins de 3 heures. Nous montrons enfin que le fait de remplacer le chlorure de sodium par l'oxalate de potasse dans la réaction n'en modifie pas les résultats.

TECHNIQUE

Procédé de réaction simplifiée : la méthode extemporanée (56)
Sur quelques procédés de B.-W. simplifiés (51, 59)

Les notes précédentes nous amènent à la description d'un nouveau procédé de simplification remarquablement rapide et qui

nous a donné les meilleurs résultats. Il consiste à recueillir directement le sang du malade en milieu anti-coagulant. La rapidité du procédé est telle que nous avons pu effectuer 10 réactions en 13 minutes de temps.

Nous exposons dans une communication, et dans un Mémoire à l'Académie, ce procédé de simplification à côté des autres que nous avions déjà décrits. (Voir première partie page 54).

VALEUR

Note sur les résultats fournis par 200 réactions de Wassermann (44)
Réaction de Hecht et réaction de B.-W. (63)
La réaction de Wassermann a-t-elle encore quelque valeur ? (66)

De toutes parts s'élèvent des attaques contre la réaction de Wassermann ; trop de résultats décevants sont venus troubler l'esprit des cliniciens. Nous estimons, quant à nous, que la réaction garde toute sa valeur sous réserve qu'elle soit exécutée dans de bonnes conditions. Nous ajoutons que tous les procédés proposés n'ont pas la même sensibilité, et que la réaction dite de Hecht, qui utilise le sérum frais, nous paraît infiniment préférable à la méthode primitive qui utilise le sérum chauffé.

CHOCS COLLOÏDOCLASIQUES

Les modifications de l'indice réfractométrique des sérums au cours des crises hémoclasiques (40)

C'est en 1913 que M. le Professeur Widal démontra l'existence de brusques déséquilibres survenus sous diverses influences dans l'état physique du plasma sanguin ; il assignait à ces manifestations, désignées depuis lors par lui sous le nom de chocs hémoclasiques, un certain nombre de signes : leucopénie, hypotension, mononucléose, troubles de la coagulation, analogues à ceux que des physiologistes avaient observés au cours des chocs anaphylactiques. Avec lui-même et un certain nombre de nos amis, nous ajoutions à ces signes un signe non mentionné jusque là, les modifications de l'indice réfractométrique du sérum. Nous en étudions le degré d'intensité qui peut être considérable, les diverses modalités ainsi que les rapports chronologiques avec les autres éléments de la crise. Ce signe, qu'on l'attribue à une modification quantitative de l'albumine du sérum ou à une modification de son état physico-chimique, démontre péremptoirement l'existence au cours du choc hémoclasique d'un bouleversement subit apporté à l'état physico-chimique des colloïdes plasmatiques.

Les crises hémoclasiques déterminées par injections intra-veineuses de solutions cristalloïdes (39)

Certains auteurs voyaient dans le choc anaphylactique les effets d'une intoxication particulière, spéciale à l'injection seconde d'une albumine hétérogène, et ils l'opposaient aux accidents observés

après une injection première qui serait le fait d'une toxicité directe inhérente à cette albumine. M. le Professeur Widal montre que les deux catégories d'accidents sont impossibles à différencier, et pour prouver que ceux-ci ne relèvent pas de la toxicité des albumines, nous entreprenons dès 1914 sous sa direction des recherches sur l'action des injections intra-veineuses de substances qui ne sont ni des corps toxiques, ni des albumines.

Comme corps non colloïdal nous employons le salvarsan et le néo-salvarsan; nous montrons l'identité clinique absolue qu'il y a entre les accidents observés à la suite de l'usage des arséno-benzènes, et les chocs hémoclasiques. Nous ajoutons que ces accidents pourraient être évités, au même titre que les chocs anaphylactiques par les procédés de skeptophylaxie.

Comme corps cristalloïdes dépourvus de toute toxicité, nous utilisons les solutions, courantes en thérapeutique, de bicarbonate de soude ou de chlorure de sodium à l'isotonie. Nous avons montré que leur injection dans le torrent circulatoire pouvait déclencher des chocs d'aspect anaphylactique typiques, avec des caractères d'intensité parfois redoutables.

Ces données maintenant classiques sont couramment admises par tous les auteurs.

L'hémoglobinurie paroxystique (73)

C'est à propos de la crise d'hémoglobinurie paroxystique que M. le Professeur Widal montra pour la première fois l'existence d'un choc vasculo-sanguin, analogue dans ses manifestations générales au choc anaphylactique, antérieur dans sa chronologie aux phénomènes cliniques de la crise, et reconnaissant comme processus initial un brusque déséquilibre survenu dans l'état physique du plasma.

Ce sont ces notions que nous exposons au cours d'une étude générale complète sur l'hémoglobinurie paroxystique; à ce propos nous montrons de quelle manière on doit aujourd'hui concevoir l'ensemble des phénomènes groupés en clinique sous le nom

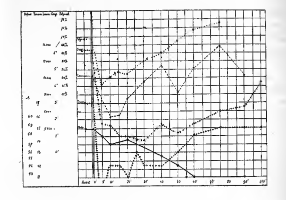
d'accidents de choc. En premier lieu, viennent les chocs consécutifs aux injections secondes d'albumines hétérogènes ; ce sont les faits d'anaphylaxie de Richet. Puis, viennent les chocs consécutifs à une injection première d'albumine ou de colloïdes — choc peptonique, choc collobiasique, choc vaccinal, accès palustre, état de shock des grands blessés. Dans un troisième groupe se rangent les chocs dus à des cristalloïdes d'ordre minéral : ce sont les faits qui ont été exposés dans le paragraphe précédent. En quatrième lieu enfin, les faits dans lesquels on n'introduit plus rien dans l'organisme, et où ce sont les colloïdes du plasma qui entrent en brusque déséquilibre sous l'influence d'un facteur physique extérieur ; le type des accidents de cet ordre est réalisé par l'hémoglobinurie paroxystique, dont la crise survient sous l'influence du froid.

La crise hémoclasique hydatique (74)

Le liquide hydatique constitue une albumine hétérogène. Pourtant si le kyste est bien clos, aucun accident n'éclate. Il était logique de se demander si les phénomènes décrits sous le nom d'intoxication hydatique ne relevaient pas des phénomènes de chocs comparables à ceux que nous venons d'exposer.

Profitant d'un cas de kyste hydatique du foie opéré par ponction (Voir page 44), nous avons voulu rechercher si, malgré la bénignité des symptômes cliniques, il ne serait pas possible de retrouver les phénomènes biologiques du choc. Notre hypothèse s'est trouvé complètement vérifiée. D'une part, cliniquement, les phénomènes du choc étaient réduits au minimum. Ils se sont bornés à une élévation transitoire de la température à 39°, avec maximum 29 heures après la ponction, à une tachycardie à 152 ayant débuté au bout de 2 heures, à un état passager de congestion de la face, avec agitation anxieuse modérée, et vomissements. Par contre les phénomènes biologiques ont été aussi précoces que marqués. La pression artérielle en 5 minutes était descendue au-dessous de 5 centimètres pour ne se relever que lentement, et d'ailleurs incomplètement. La coagulabilité s'accroît considéra-

blement, presque aussitôt, et reste élevée pendant plus de deux heures. La leucocytose baisse de moitié, la mononucléose passe de 31 °/₀ à 53 °/₀ et l'indice réfractométrique baisse de 6 degrés.



La rapidité d'apparition de ces signes et leur intensité, contrastant avec la pauvreté des signes cliniques, d'autre part la quantité infinitésimale de liquide hydatique répandue dans le péritoine le long de l'aiguille, montraient à la fois qu'un choc sanguin considérable peut résulter d'un apport minime d'antigène, et que les réactions cliniques ici comme ailleurs sont précédées de phénomènes humoraux dont l'intensité ne pourrait être prévue si l'on s'en tenait à la bénignité des incidents observés.

Crises hémoclasiques provoquées par les applications thérapeutiques des rayons X et du radium (81)

Nous avons vu que des agents physiques extérieurs comme le froid peuvent, tout aussi bien que des albumines hétérogènes introduites dans l'organisme, déterminer des chocs colloïdoclasiques.

Nous étudions l'action de deux autres agents physiques, les rayons X et le radium. Dans tous les cas envisagés, la leucopénie, l'hypercoagulabilité, la baisse de la tension artérielle, la chute de l'indice réfractométrique témoignent du bouleversement colloïdal considérable que détermine l'emploi de ces agents thérapeutiques.

Crise pneumonique et crise jacksonienne (89)

Le choc colloïdoclasique, lorsqu'il est de l'ordre des chocs peptoniques s'observe généralement à la suite de l'introduction brusque dans la circulation d'albumines hétérogènes, que celles-ci soient apportées du dehors, comme une injection, ou qu'elles existent dans l'organisme à l'état d'inclusion dans des parasites, comme dans la crise palustre. Mais une libération brusque d'albumine sous l'influence d'une crise de maladie infectieuse ne sera-t-elle pas capable de déterminer des accidents analogues ? Une telle conception ne paraît pas *a priori* illogique. L'exemple d'un tel mécanisme nous a été fourni par le cas d'une crise jacksonienne survenant chez un homme de 32 ans, pour la première fois, au moment d'une crise pneumonique. Nous admettons que les peptones, dont on sait la mise en liberté au moment de la crise pneumonique, a détermioé un choc, lequel s'est traduit en clinique par son action sur la corticalité cérébrale, c'est-à-dire par une crise d'épilepsie jacksonienne.

Les troubles de coagulation dans le traitement protéinothérapique des syndromes hémorragiques (83)

L'étude des chocs colloïdoclasiques a amené à constituer toute une thérapeutique nouvelle, la thérapeutique par les chocs ; celle-ci préconisée par M. le Professeur Widal dès 1914 donne souvent des résultats extrêmement remarquables. Employée dans les syndromes hémorragipares cette méthode s'est montrée spécialement efficace. Mais par quel mécanisme biologique ce choc agit-il pour faire cesser les troubles de la coagulation ?

Dans la plupart des cas, où les syndromes hémorragiques, purpura ou hémophilie, ont été traités avec succès par telle des nombreuses méthodes préconisées à cet effet, on a constaté que l'amélioration des symptômes cliniques allait de pair avec la disparition du vice de coagulation. Ce parallélisme n'est cependant pas constant et la discordance, lorsqu'elle se rencontre est des plus intéressantes.

Nous rapportons l'observation d'un malade atteint de purpura à manifestations hémophiliques, chez qui nous utilisâmes le procédé de l'auto-sérothérapie sous-cutanée, pratiquée sous le contrôle des mesures de la coagulation. Dans une première période de quatre semaines, nous constatons que l'amélioration considérable qui survient dans l'état de ce malade, s'accompagne d'un retard progressivement plus marqué de la coagulation, au point que le malade allait tout à fait bien au moment où son sang était devenu totalement incoagulable. Il fallut un mois de suspension de traitement pour voir l'état de la coagulation revenir par degrés à son état primitif. A cette date d'ailleurs, le malade recommençait à se moins bien porter.

Une nouvelle période de traitement est instituée pendant laquelle les variations de la coagulation sont étudiées, non seulement de jour en jour, mais d'heure en heure, pendant les heures qui suivent l'injection. On constate alors, outre le retour du phénomène précédent, des alternatives horaires d'hyper- et d'hypo-coagulabilité.

Une dernière injection, celle-là pratiquée avec du sérum antidiphtérique, amène un choc d'aspect anaphylactique d'une extraordinaire violence.

Sans insister sur ce dernier phénomène, pour lequel plusieurs interprétations peuvent d'ailleurs être proposées, nous nous bornerons à mentionner que ces divergences entre les résultats cliniques et les constatations hématologiques ne sont pas particulières à l'autosérothérapie, qu'elles peuvent se rencontrer quelle que soit la médication que l'on emploie, du moment que celle-ci met en

œuvre l'action thérapeutique du choc ; de tels résultats concordent d'ailleurs avec les conclusions auxquelles ont abouti les physiologistes qui ont étudié le mécanisme du choc anaphylactique. Elles montrent la complexité du problème que représente le simple fait de l'arrêt d'une hémorragie par la protéinothérapie ; elles nous font entrevoir que si l'explication est séduisante, qui attribue la suspension du processus hémorragipare à l'amélioration de la coagulation, cette explication a le défaut grave d'être très probablement inexacte, ou tout au moins de ne pas convenir à tous les cas.

TABLE DES MATIÈRES

Saint-Amand (Cher) — Imp. A. CLERC.